Aus der I. chirurg. Abt. des Berliner Städt. Krankenhauses im Friedrichshain. Direktor: Prof. Dr. W. Braun

Zur Therapie der Lungengangrän mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Willy Drechsler
Arzt aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 8. August 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

170

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: Prof. Dr. **Köhler**.
Prof. Dr. **Kraus**

In der Arbeit werden die Erfahrungen, die bei der meist operativen Behandlung von 21 Lungengangränfällen auf der I. chir Abt. des Berliner Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain gemacht wurden, zur kritischen Wertung der Mittel und Operationsmethoden herangezogen, die zur Bekämpfung dieser Krankheit angegeben wurden.

Nach einem kurzen patholog.-anatom. Abriß der beiden Hauptformen der Lungengangrän — embolische und bronchogene — in Anlehnung an H. Beitzke, wird auf die diesen Formen entsprechenden Entwicklungsmöglichkeiten und Ausgangsformen — einmal den Durchbruch in einen größeren Bronchus und andererseits Perforation in die Pleurahöhle — hingewiesen. Es wird dann nach einer Zusammenstellung der Autoren, die sich wesentlich um die Gangränforschung verdient gemacht haben, das Krankheitsbild kurz geschildert, und die Wichtigkeit der topischen Diagnose hervorgehoben, für die besonders die Röntgenaufnahme und die Probepunktion — bei freiliegender Pleura — betont wird. Dann wird die Differentialdiagnose gegen putride Bronchitis, bronchiektatische Cavernen und Abszeß besprochen und auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei der Deutung des Röntgenbildes — abgekapselter Pneumothorax, abgekapseltes oder interlobuläres Empyem, bronchiektatische Cavernen etc. — eingegangen. Es wird auf die schlechte Prognose der Lungengangrän und die statistisch nachgewiesenen geringen Erfolge der rein internen Therapie hingewiesen, die nur durch genaue Kenntnis des Wesens der Gangrän und durch richtige Beurteilung der zur Verfügung stehenden Mittel und ihres Wirkungsfeldes gebessert werden können. Als indiziert wird die interne Therapie angesehen bei 1. subacuten Fällen, besonders den mit zentralem Herd (Salvarsan). 2. Fällen mit zahlreichen, kleinen, zerstreut gelegenen Herden. 3. Chron. Fällen (versuchsweise). 4. In akuten Fällen, wenn angängig bis zur Demarkation der brandigen Teile. 5. Zur Unterstützung der chirurg. Behandlung.

Dann werden die Mittel der internen Therapie gewürdigt. Neben den alt hergebrachten Derivantien (Laennec) und der Skodaschen Terpentininhalation werden intramuskuläre Mentholinjek-

tionen (Berliner, Strauß) und die Salvarsan-Therapie empfohlen. Das Verfahren der intraparenchymatösen Injektionen durch die Thoraxwand in die Lunge (Mosler, Hewelke etc.) wird abgelehnt. Auch gegenüber den französischen Methoden der „massiven Injektionen in die Bronchien“ (Gomenolöl) und dem Antigangränserumverfahren wird, da noch keine Beobachtungen von deutscher Seite vorliegen, bis auf weiteres Zurückhaltung empfohlen.

Es wird dann gezeigt, daß der Wirkungskreis der operativen Behandlung bei der Lungengangrän meist weiter und aussichtsreicher ist, und zwar wird, wenn gewisse Vorbedingungen erfüllt sind — d. h. wenn die topische Diagnose sichersteht, keine multiplen Herde bestehen, Zeit für die Demarktion des Herdes gelassen und nach Möglichkeit eine Ruhigstellung der Lunge, um Entleerung von Cavernen zu vermeiden, erreicht ist — die Operation für indiziert gehalten: 1. in stürmisch verlaufenden Fällen; 2. bei Durchbruch in die Pleurahöhle; 3. bei Anwesenheit gröberer Fremdkörper im Herd; 4. bei Prozessen, die aus benachbarten Geweben auf die Lunge übergegriffen haben; 5. bei großen Zerfallshöhlen; 6. in chronischen Fällen; 7. in subakuten Fällen, die auf interne Behandlung nicht reagierten.

Nach einer kurzen Geschichte der Operationsmethoden, wird auf die Technik der Pneumotomie näher eingegangen. Es wird betont, daß bei fehlenden Pleuraverwachsungen soviel als möglich zweiseitig operiert werden soll. Für den Eingriff genügt die Lokalanaesthesie ev. in Verbindung mit dem Körteschen Anaesthesierungsverfahren. (Betupfen der Reflexe auslösenden Teile mit einer Kokain-Antipyrinlösung.)

Das Ueberdruckverfahren bleibt für die stürmisch verlaufenden Fälle ohne Pleuraverwachsungen reserviert.

Es folgt weiterhin eine Besprechung der für die Lokalisation in der Lunge entspr. ihren physiologischen Verhältnissen variierenden Operationsmethoden. I. Oberlappenherde: Dem künstl. Pneumothorax wird geringe Bedeutung beigelegt. Empfohlen wird die Thorakoplastik bei Fällen mit starrer Cavernenwand und in geeigneten Fällen auch die Implantationsmethode Tuffiers, die in neuerer Zeit von H. Groß ausgebaut wurde. Für verzweifelte Fälle bleibt die Exstirpation der ganzen starren Höhle oder die Resektion eines ganzen Lungenlappens. II. Unterlappenherde: Breite Eröffnung des Herdes zur Erzielung guten Sekretabflusses, der durch die Grissonsche Saugdrainage noch verbessert werden kann. Praktisch wertvoll ist auch zur Erleichterung der Narbenbildung das Helferichsche mechanische Kompressionsverfahren der unteren Thoraxpartien.

Zum Schlusse wird ein kurzes Resümee der behandelten Fälle gegeben.